

AMBIENTE FAMILIAR E CÁRIE DENTÁRIA EM PRÉ-ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE SALVADOR (BA), 2005^a

Laíra Sá Lopes^b

Thais Régis Aranha Rossi^c

Maria Cristina Teixeira Cangussu^d

Resumo

O cuidado com a saúde no contexto familiar é importante para a saúde bucal da criança. Assim, o objetivo deste estudo foi identificar a experiência de cárie dental em crianças de 1 a 5 anos de idade e fatores associados ao contexto familiar que se associam à mesma. Conduziu-se um estudo transversal, com 360 famílias com crianças residentes em seis áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família em Salvador (BA). Os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) foram aplicados no exame clínico oral e entrevista foi realizada com as mães ou responsáveis. Posteriormente, realizou-se análise descritiva, bivariada e de regressão logística não condicional (método stepwise, $p \leq 0,05$). Os resultados referem-se a 415 crianças examinadas, em que 31,81% possuíam pelo menos um adulto não alfabetizado na família e 43,61% realizavam uma escovação diária ou menos. Aos 5 anos o ceo-d foi 1,87 e 57,01% estavam livres de cárie. Foram obtidos como potenciais fatores associados à presença de cárie, possuir condições ambientais de água, luz e esgoto desfavoráveis (OR=1,88; I.C. 95% 1,18 – 2,98) e ter histórico de dor na cavidade oral (OR=2,09; IC 95% 1,16 – 3,73).

Palavras-chave: Saúde bucal. Pré-escolar. Epidemiologia. Cárie dentária. Desenvolvimento infantil.

^a Projeto financiado pelo CNPq, Processo n. 403204/2004-6.

^b Cirurgiã-Dentista, pós-graduanda em Periodontia pela Faculdade de Odontologia da União Metropolitana para Educação e Cultura.

^c Graduanda, bolsista do Programa de Educação Tutorial (SESU/MEC) pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia.

^d Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Social e Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia.

Endereço para correspondência: Departamento de Odontologia Social e Pediátrica. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal da Bahia. Rua Araújo Pinho, n. 62, Salvador, BA, Brasil. CEP: 41110-150. cangussu@ufba.br

Abstract

Familiar environment care is important for the promotion of children oral health. The purpose of this study was to identify dental caries in children aged 1-5 years old and factors associated to familiar context that influence oral health. This cross-sectional study population consisted of 360 families inhabiting 6 areas covered by the Family Health Program in Salvador (BA). Clinical dental exams used OMS criteria and a structured interview conducted with children's mothers or caretakers. Descriptive, bivariate, and logistic regression (stepwise forward procedure, $p \leq 0.05$) analyses were performed. Results refer to 415 school children. Most families (31.81%) had at least an illiterate adult and 43.61% brushed their teeth less than 1 time/ day. At the age of 5, the ceo-d was 1,87 and 57,01% did not have caries. Two risk factors were associated with caries: unfavorable environment water, electricity and sewage conditions (OR=1,88; I.C. 95% 1,18 – 2,98) and the history of pain in the mouth (OR=2,09; IC 95% 1,16 - 3,73). Knowledge about the context where children grow up can help direct actions to family and minimize the occurrence of caries in this vulnerable group.

Key words: Epidemiology. Dental Caries. Primary Dentition. Preschool. Child Development.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, investigações sobre o comportamento humano e o desenvolvimento infantil têm estabelecido uma forte dependência entre o ambiente da criança, sua saúde e seu desenvolvimento. A literatura atual demonstra que os cuidados prestados às crianças são consequências de muitos fatores, incluindo cultura, nível socioeconômico, estrutura familiar e características próprias da criança.^{1,2,3,4}

Neste sentido, a associação entre riscos sociais e biológicos acumulados ao longo da vida e a ocorrência de cárie também tem sido objeto de estudos.^{7,8,9} Se à problemática biológica das crianças for associado a um contexto ambiental de pobreza, o risco de adoecimento é potencializado.⁴ Quanto mais desfavorável a situação socioeconômica, maior o número de dentes afetados pela cárie e maior a sua severidade.⁸

No Brasil, incluindo a faixa etária pré-escolar, foram realizados três estudos epidemiológicos nacionais,⁹⁻¹¹ sendo o último deles finalizado em 2003. Identificou-se um valor de ceo-d de 2,80 na população de 5 anos, havendo diferenças significativas entre as regiões brasileiras. Além disso, alguns inquéritos pontuais foram realizados em alguns municípios brasileiros.¹²⁻¹⁶ Em Salvador (BA), poucos são os dados registrados. Barros, Castro

Alves, Pugliese e Reis¹⁶ analisaram a ocorrência de cárie em crianças de 0 a 30 meses, identificando uma prevalência de 55,3%, que variou de 25% até um ano de idade a 71% entre 25 e 30 meses. Destacou-se a alta prevalência da doença no município, ainda distante da meta preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano 2000, de 50% das crianças de 5 e 6 anos livres de cárie.

Uma vez que a cárie é considerada uma doença da infância, a melhoria do cuidado durante os anos pré-escolares reduziria a necessidade de futuras restaurações ou extrações.⁷ Assim sendo, observa-se que o cuidado que se processa no ambiente familiar e/ou nos espaços sociais assume grande centralidade na promoção da saúde bucal dos pré-escolares.

Neste sentido, o presente estudo buscou verificar a prevalência de cáries em pré-escolares do município de Salvador (BA), no ano de 2005 e identificar fatores referentes ao contexto familiar que possam influenciar sua ocorrência neste grupo populacional.

MATERIAIS E MÉTODOS

Conduziu-se um estudo de corte transversal com base na população de pré-escolares residentes em seis áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Salvador (BA), em 2005: Federação, Candeal, Nordeste de Amaralina, Boca da Mata, Joanes Centro-Oeste e Alto do Coqueirinho. São regiões bastante heterogêneas em relação a renda, padrões de urbanização e acesso a bens de consumo, que abrangem desde o maior risco social até os grupos de maior renda. No maior nível de renda, grande parte das famílias utiliza o setor privado ou conveniado de assistência à saúde.

A amostra foi calculada a partir da experiência de cárie obtida em estudos anteriores,¹¹ com um efeito de desenho de 5, obtendo-se o número final de 300 famílias. Este número foi acrescido de 20% para potenciais perdas, totalizado 360 famílias distribuídas igualmente dentre as 6 áreas. A população de estudo constituiu-se de 415 crianças de 1 a 5 anos, das famílias sorteadas aleatoriamente dentro de cada área a partir do cadastro familiar nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família. Após a identificação da criança e prévia autorização dos responsáveis, efetuaram-se visitas domiciliares por 7 equipes em que constavam pelo menos um examinador e um anotador (concordância geral – 85,1%).

A coleta de dados compreendeu o exame oral das crianças para detecção de cárie na dentição decídua¹¹ e aplicação de questionário estruturado, respondido pelo responsável. O exame foi realizado em ambiente externo, com iluminação natural, sem secagem ou escovação prévia dos dentes, com a criança sentada em frente ao examinador. O questionário estruturado contemplava a ficha A do Sistema de Atenção Básica – Ministério

da Saúde,²² uma ficha individual de hábitos associados à condição de saúde bucal da criança, elaborada para o estudo, e a Escala CAGE adaptada²³ para detecção de responsáveis com padrão de risco para o alcoolismo. Neste estudo, a aplicação da Escala CAGE foi adaptada, pois o dado foi questionado a um informante-chave, que respondia à escala CAGE para cada membro adulto da família.

O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Para análise dos resultados foram utilizados os programas Epi-info versão 6.04 e Minitab®. Foi feita a análise descritiva com a caracterização da amostra estudada e, exploratoriamente, foram obtidas as prevalências dos efeitos, de acordo com covariáveis selecionadas, analisando-se as diferenças entre as categorias mediante o teste do Qui-Quadrado. As associações entre fatores individuais, relacionados ao ambiente e ao contexto familiar e cárie dentária na população de pré-escolares foram estimadas pelas medidas do *Odds Ratio*. A seleção das variáveis para modelagem baseou-se na literatura e nos resultados da análise exploratória, considerando Intervalos de Confiança a 95% obtidos pelo método de Mantel-Haenszel.

RESULTADOS

Na amostra, 54,22% das famílias possuíam até quatro indivíduos com idade igual ou superior a quinze anos, com 31,81% dos adultos não alfabetizados. Destas famílias, 40,72% possuíam três ou mais indivíduos com idade igual ou inferior a quatorze anos.

A maioria residia em casas com quatro a seis cômodos (77,18%). Do total, 31,33% não consumiam água tratada; 6,17% não possuíam energia elétrica no domicílio e 6,99% não tinham o esgoto como principal destino das fezes. Apenas 24,82% das famílias possuíam assistência conveniada à saúde e o hospital foi apontado pela maioria (55,18%) como principal local de referência em saúde.

Das 415 crianças examinadas prevaleceu o sexo masculino (52,77%) e a etnia parda (63,13%). A amamentação noturna foi registrada em 72,05% e 73,25% consumiam alimentos doces entre refeições. Ressalva-se que 43,61% realizavam apenas uma escovação por dia ou não escovavam os dentes (**Gráfico 1**).

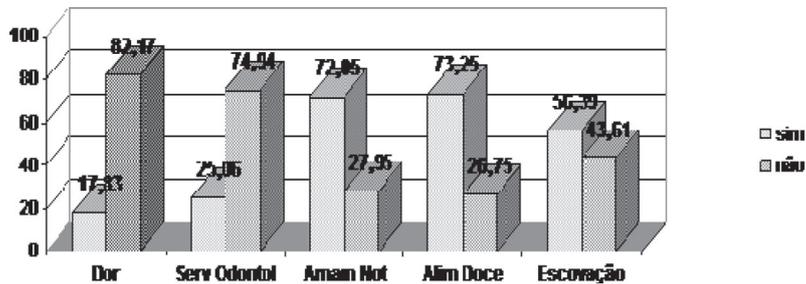


Gráfico 1. Distribuição das variáveis individuais relacionadas à condição de saúde bucal em pré-escolares. Salvador (BA), 2005

Em relação à história de cárie, 27,95% apresentavam pelo menos uma lesão cavitada. Observa-se uma tendência ao incremento na prevalência de cárie em relação à idade (Tabela 1 e Gráfico 2).

Tabela 1. Distribuição de ceo-d por idade em pré-escolares. Salvador (BA), 2005

Idade	ceo-d	Desvio padrão
1 ano (n=32)	0,00	0,00
2 anos (n=81)	0,49	1,38
3 anos (n=104)	0,85	1,93
4 anos (n=91)	1,55	2,94
5 anos (n=107)	1,87	2,62

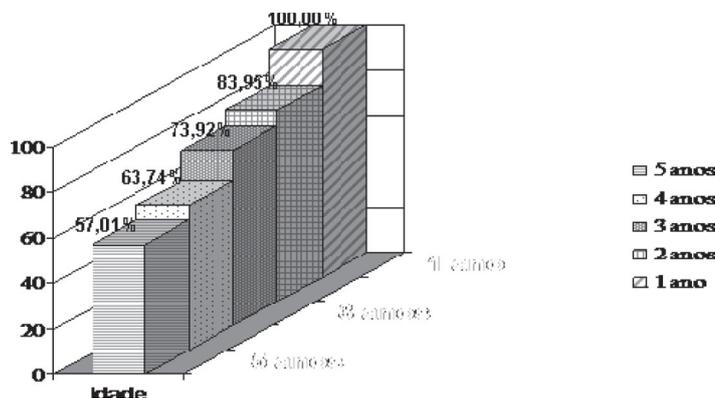


Gráfico 2. Distribuição por idade, pré-escolares livres de cárie, Salvador (BA), 2005

Na análise exploratória, ter energia elétrica no domicílio, consumir água tratada, não possuir carro e ser CAGE positivo, isto é, indicativo de uso abusivo de álcool, foram as variáveis ambientais que se associaram à ocorrência de cárie. As duas primeiras como fator de proteção e as restantes numa associação positiva (Tabela 2).

Tabela 2. Análise exploratória (Qui-quadrado) das variáveis familiares e ambientais de acordo com a ocorrência de cárie em pré-escolares. Salvador (BA), 2005

Variáveis	Doentes (N=121)		Não Doentes (N=294)		P
	N	%	N	%	
Nº>15 anos na Família					
Até 2	59	48,76	131	44,56	0,43
3 ou mais	62	51,24	163	55,44	
Adultos não alfabetizados					
Nenhum	81	66,94	202	68,71	0,73
1 ou mais	40	33,06	92	31,29	
Nº<14 anos na Família					
Até 2	65	53,72	181	61,56	0,14
3 ou mais	56	46,28	113	38,44	
Crianças fora da escola					
Nenhuma	46	38,02	96	32,65	0,30
1 ou mais	75	61,98	198	67,35	
Tipo de casa					
Tijolo/adobe	115	95,04	280	95,24	0,93
Outros	6	4,96	145	4,76	
Nº de cômodos da casa					
Até 3	31	25,62	63	21,65	0,40
4 ou mais	90	74,38	228	78,35	
Possuir energia elétrica					
Sim	109	99,08	280	95,24	0,05
Não	12	9,92	14	4,76	
Destino do lixo					
Coletado	116	95,87	282	95,92	0,80
Queimado/enterrado/céu aberto	5	4,13	12	4,08	
Tratamento da água					
Filtração/fervura/cloração	74	61,16	211	71,77	0,03
Sem tratamento	47	38,84	83	28,23	
Abastecimento de água					
Rede pública	116	95,87	279	94,90	0,67
Poços/outros	5	4,13	15	5,10	
Destino das fezes					
Esgoto	112	92,56	274	93,20	0,82
Fossa/céu aberto	9	7,44	20	6,80	
Plano de saúde					
Não	94	77,69	218	74,15	0,45
Sim	27	22,31	76	25,85	
Local de referência/saúde					
Hospital	65	53,71	164	55,78	0,85
Unidade de saúde	43	35,53	95	32,31	
Benzedeira/farmácia/outros	13	10,76	35	11,91	
Grupos comunitários					
Cooperativa/religioso/associações/outros	36	29,75	90	33,33	0,48
Não participa	85	70,25	196	66,67	
Meio de comunicação					
Possui televisão	91	75,21	223	75,85	0,88
Não possui	30	24,79	71	24,15	
Meio de transporte					
Carro	3	2,48	28	9,52	0,01
Ônibus/caminhão/Outros/Nenhum	118	97,52	266	90,48	
CAGE					
Negativo	100	82,64	219	74,49	0,07
Positivo	21	17,36	75	25,51	
Ambiente					
Favorável	56	46,28	180	61,22	0,00
Desfavorável	65	53,72	114	38,78	

Também mostraram-se associadas positivamente à presença de cárie nesta população as seguintes variáveis individuais e comportamentais: maior faixa etária, história de dor na cavidade bucal, ter utilizado medicamento por este motivo, maior consumo diário de doces, ter história de amamentação noturna e não ter participação em atividades coletivas (**Tabela 3**).

Tabela 3. Análise exploratória (Qui-quadrado) das variáveis individuais de acordo com a ocorrência de cárie em pré-escolares. Salvador (BA), 2005

Variáveis	Doentes (N=121)		Não doentes (N=294)		P	
	N	%	N	%		
Faixa etária						
	0-3 anos	39	32,23	178	60,54	0,00
	4-5 anos	82	67,77	116	39,46	
Etnia						
	Branços	3	2,48	16	5,44	0,19
	Não Brancos	118	97,52	278	94,56	
Dor na cavidade bucal						
	Não	87	71,90	254	86,39	0,00
	Sim	34	28,10	40	13,61	
Utilizou medicamento						
	Não	103	85,12	275	93,54	0,00
	Sim	18	14,88	19	6,46	
Consumo de doces por dia						
	Até 1x	23	19,01	85	28,91	0,03
	2x ou mais	98	80,99	209	71,09	
Amamentação noturna						
	Não	41	33,88	75	25,51	0,08
	Sim	80	66,12	219	74,49	
Participação / atividades coletivas						
	Não	44	36,36	194	65,99	0,00
	Sim	77	63,64	100	34,01	

Na regressão logística de caráter exploratório, permaneceram no modelo final as condições: possuir condições ambientais de água, luz e esgoto desfavoráveis (OR=1,88; I.C. 95% 1,18 – 2,98), ser da faixa etária entre 4 e 5 anos de idade (OR=2,97; IC 95% 1,83 – 4,11) e ter histórico de dor na cavidade oral (OR=2,09; IC 95% 1,16 – 3,73).

DISCUSSÃO

No presente estudo houve uma prevalência de 27,95% de cárie e observou-se 57% das crianças livres de cáries aos 5 anos. Tal resultado atinge a meta da OMS para o ano 2000 (50% livres de cáries aos 5 anos) e é significativamente melhor do que os valores nacionais e regionais observados no último levantamento epidemiológico nacional,¹¹ em que 40,6% e 34,9% das crianças não possuíam experiência de cárie aos 5 anos, no Brasil e na região Nordeste, respectivamente.

Em outros levantamentos pontuais, desenvolvidos no município de Salvador^{16,24,25} e em outras regiões brasileiras, observa-se, de modo geral, severas condições de saúde bucal para este grupo, piores do que as registradas neste estudo.

Segundo os dados do Ministério da Saúde,¹¹ quase 27% das crianças brasileiras de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie. Tal proporção chega a quase 60% das crianças aos 5 anos de idade. De forma geral, são valores considerados particularmente altos. Neste grupo, em média, uma criança de até três anos já possuiu, pelo menos, um dente com experiência de cárie (ceo-d=1,1). Deve ser ressaltado que, na maioria dos casos, o componente cariado é responsável por mais de 80% do índice ceo-d aos 5 anos e mais de 90% dos 18 aos 36 meses.

Um outro aspecto a ser considerado é a tendência ao incremento na prevalência de cárie em relação à idade. Outros trabalhos também apresentaram resultados similares.^{12-16,20,21} Crianças que não recebiam cuidados sistemáticos de saúde em creches (N=145) apresentaram ceo-d médio de 1,18, 5,49 e 8,83 nos grupos etários de 0-2 anos, 3-4 anos e 5-6 anos, respectivamente.⁷ Tal fenômeno é considerado comum em virtude do caráter cumulativo do ceo-d.

Muito tem sido discutido quanto aos fatores sociais e de comportamento relacionados à cárie dentária.⁸ Entretanto, em relação ao processo saúde-doença bucal, a abordagem do universo familiar ainda é incipiente.^{8,24,25}

Variáveis referentes às condições ambientais que estiveram relacionadas à ocorrência de cárie em nosso estudo, como meio de transporte ($p=0,01$) e energia elétrica no domicílio ($p=0,05$), apontam uma relação direta entre questões socioeconômicas e cárie nesta população. Tal associação é confirmada para a existência de condições deficientes de saneamento, consumo de água tratada e energia elétrica (RP=1,88; I.C. 95% 1,18 – 2,98).

Observou-se também que 31,81% dos adultos não eram alfabetizados e 73,25% das crianças consumiam alimentos doces entre refeições, ressaltando-se que 43,61% realizavam apenas uma escovação por dia ou não escovavam. É importante que pontuemos que a responsabilidade pelo sustento da família, a ocupação, grau de escolaridade, e renda do responsável interferem diretamente nos hábitos e costumes das famílias e, conseqüentemente, das crianças. Sabe-se que o grau de instrução elevado vem acompanhado de mais oportunidades de acesso à informação sobre saúde.⁸ Crianças que convivem com adultos nesta condição, conseqüentemente, estarão sujeitas a hábitos e condutas de saúde bucal mais saudáveis.

Além disso, 40,72% das famílias estudadas possuíam três ou mais indivíduos menores de 14 anos. Considera-se que mais de 3 indivíduos menores que 14 anos na residência, num contexto de pobreza, é uma condição que reduz a atenção individual recebida pela criança.² Outros estudos^{1,8,26} consideraram esta variável como fator de risco para a qualidade do ambiente, pois famílias numerosas tendem a ser menos estimuladoras,

visto que as crianças permanecem a maior parte do tempo sozinhas ou sob os cuidados de terceiros, o que influencia negativamente o desenvolvimento de hábitos saudáveis de alimentação e higiene bucal.

Quanto à presença de possíveis transtornos familiares, os resultados apontaram 23,13% das famílias com indicativo de uso abusivo de álcool em pelo menos um de seus membros (CAGE positivas). Sabe-se que o alcoolismo está comumente associado com altos níveis de violência, baixos níveis de afeto no contexto familiar e piores condições de saúde oral.²⁴ Além disso, o consumo excessivo de álcool pode ter consequências diretas no cuidado de pré-escolares, que aparecem como frequente mal trato infantil, seja por castigo, negligência ou descuido.²⁷

Em Salvador,²³ observou-se associação entre o comprometimento da capacidade materna de cuidar, considerada como resultante da presença de sintomas de depressão da mãe e/ou de caso de alcoolismo na família, e a ocorrência de cárie em crianças de 2 e 3 anos de idade ($OR_{bruta}=4,01$; 95%IC: 1,14-14,09). A condição da mãe como chefe da família e o fato desta não trabalhar fora nos últimos dois anos foram atributos que, após o ajuste, aumentaram a força da associação observada ($OR_{ajustada}=7,35$; 95%IC: 1,50-36,07). Além disso, há relatos²⁴ de que as equipes de saúde bucal que atuavam no município de Santos, em 1996, percebiam indícios de uma correlação sugestiva entre alto risco de cárie e famílias muito desestruturadas (pais desempregados, pais separados recentemente).

Especialmente nos grandes centros urbanos, ignora-se como vivem e se organizam as famílias, qual sua influência na condição de saúde dos seus membros, em particular dos mais vulneráveis.^{24,26} Tal aspecto é essencial para a compreensão da distribuição das doenças bucais na população e das propostas terapêuticas que podem ser oferecidas a essas famílias.

A partir da identificação dos fatores ambientais relacionados à ocorrência de cárie, as ações direcionadas à continuidade dos programas de saúde bucal pré-existentes podem ser potencializadas com a implementação de ações destinadas aos grupos de maior vulnerabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental a intervenção na faixa etária pré-escolar, em função da sua significativa experiência de cárie dentária, e esta é factível de ser feita a partir da identificação de variáveis ambientais e do contexto familiar no interior da estratégia de saúde da família.

REFERÊNCIAS

1. Martins MFD, Costa JSD, Saforcada ET, Cunha MDC. Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Públ* 2004;20(3):710-8.
2. Tomita NE, Sheiham A, Bijella VT. Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para más-oclusões em pré-escolares. *Pesqui Odontol Bras* 2000;14(2):169-75.
3. Kalina E. O indivíduo drogadependente. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
4. Bradley HB *et al.* Early indications of resilience and their relation to experiences in the home environments of low birthweight, premature children living in poverty. *Child Development* 1994;65:346-360.
5. Drotar D. Relating parent and family functioning to the psychological adjustment of children with chronic health conditions: what have we learned? What do we need to know? *J Pediatr Psychol* 1997;22(3):329-44.
6. Furtado EF, Laucht M, Schmidt M. Estudo longitudinal prospectivo sobre risco de adoecimento psiquiátrico na infância e alcoolismo paterno. *Rev Psiq Clin* 2002;29(2):71-80.
7. Tomita NE, Bijella VT, Lopes ES, Franco LJ. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Públ* 1996;30(5):423-20.
8. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Públ* 2000;34(4):402-8.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico de saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília; 1988. 137p.
10. Oliveira AGRC. Levantamento epidemiológico de saúde bucal: Cárie dental Brasil, 1996. Araçatuba; UNESP; 1998. 102p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – Resultados Principais. Brasília; 2004. 51p.
12. Leite ICG, Ribeiro RA. Dental caries in the primary dentition in public nursery school children in Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saúde Públ* 2000;16(3):717-22.
13. Tomita NE, Bijella VT, Lopes ES, Franco LJ. Prevalência da cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculados em creches: importância de fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Públ* 1996;30(5):413-20.

14. Moura LFAD, Moura MS, Toledo OA. Dental caries in children that participated in a dental program providing mother and child care. *J Appl Oral Sci* 2006;14(1):53-60.
15. Traebert JL, Peres MA, Galesso ER, Zabot NE, Marcenes W. Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade. *Rev Saúde Públ* 2001;35(3):283-288.
16. Barros SG, Castro Alves A, Pugliese LS, Reis SRA. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. *Pesqui Odontol Bras* 2001;15(3):215-22.
17. Castro CM. Promoção da saúde bucal em bebês: um estudo do comportamento da mãe na instalação e evolução da cárie rampante. [Dissertação]. São Paulo, SP: Universidade Metodista de São Paulo; 2001.
18. Barreto MAC. Estudo da prevalência de cárie dentária em crianças de 6 a 24 meses de idade do hospital universitário de Universidade de São Paulo e sua relação com alguns fatores de risco. [Dissertação]. São Paulo, SP: Universidade de São Paulo; 1998.
19. Santos APP, Soviero VM. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. *Pesqui Odontol Bras* 2002;16(3):203-8.
20. Cypriano S, Sousa MLR, Rihs LB, Wada RS. Saúde Bucal dos pré-escolares, Piracicaba, Brasil, 1999. *Rev Saúde Públ* 2003;37(2):247-53.
21. Saito SK, Deccico HMU, Santos MN. Efeito da prática de alimentação infantil e de fatores associados a ocorrência de cárie dental em pré-escolares de 18 a 48 meses. *Rev Fac. Odontol da USP* 1999;13(1):5-11.
22. Carvalhaes MABL, Benício MHD. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Rev Saúde Públ* 2002;36(2):188-97.
23. Souza MAA, Vianna MIP, Cangussu MCT. Family dysfunction related to maternal depression and/or alcoholism in the family and dental caries in children from two to three years old. *Rev. Bras. Saude Mater Infant* 2006;6(3):309-17.
24. Vasconcelos EM. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate* 1999;23(53):6-19.
25. Andraca I, Pino P, La Parra A, Rivera F, Castilo M. Risk factors for psychomotor development among infants born under optimal biological conditions. *Rev Saúde Públ* 1998;32:138-47.
26. Urzua RF. Disfuncion em el ciclo vital familiar: abuso del alcohol y sus consecuencias em la família. *Acta Psiquiát Psicol Amér Lat* 1988;34(3):223-9.

27. Vasconcelos EM. Educação popular e a Atenção à Saúde da Família. São Paulo: Hucitec; 1999.

Recebido em 3.8.2008 e aprovado em 25.9.2009.